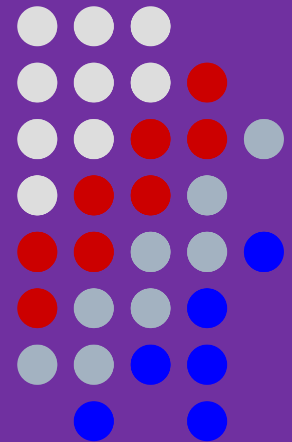
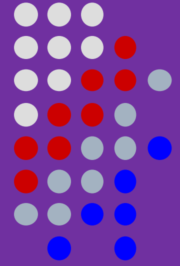
HOPITAL CENTRAL DE L'ARMEE
Service de médecine interne
Pr LOUNIS
Dr SELHAB

Sémiologie de l'appareil génital



Cours de sémiologie
3ème année de médecine



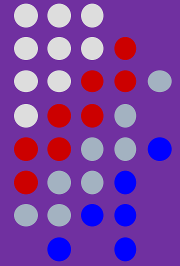
Sémiologie de l'appareil génital féminin



Système reproducteur féminin :

1. Trompes de Fallope 2. Vessie 3. Symphyse pubienne (*Os pubien*) 4. Point G
5. Clitoris 6. Méat urétral 7. Vagin 8. Ovaire 9. Colon sigmoide 10. Utérus 11. Cul-de-sac vaginal (*Fornix*)
12. Col de l'utérus (*Cervix*) 13. Rectum 14. Anus

Rappel physiologique

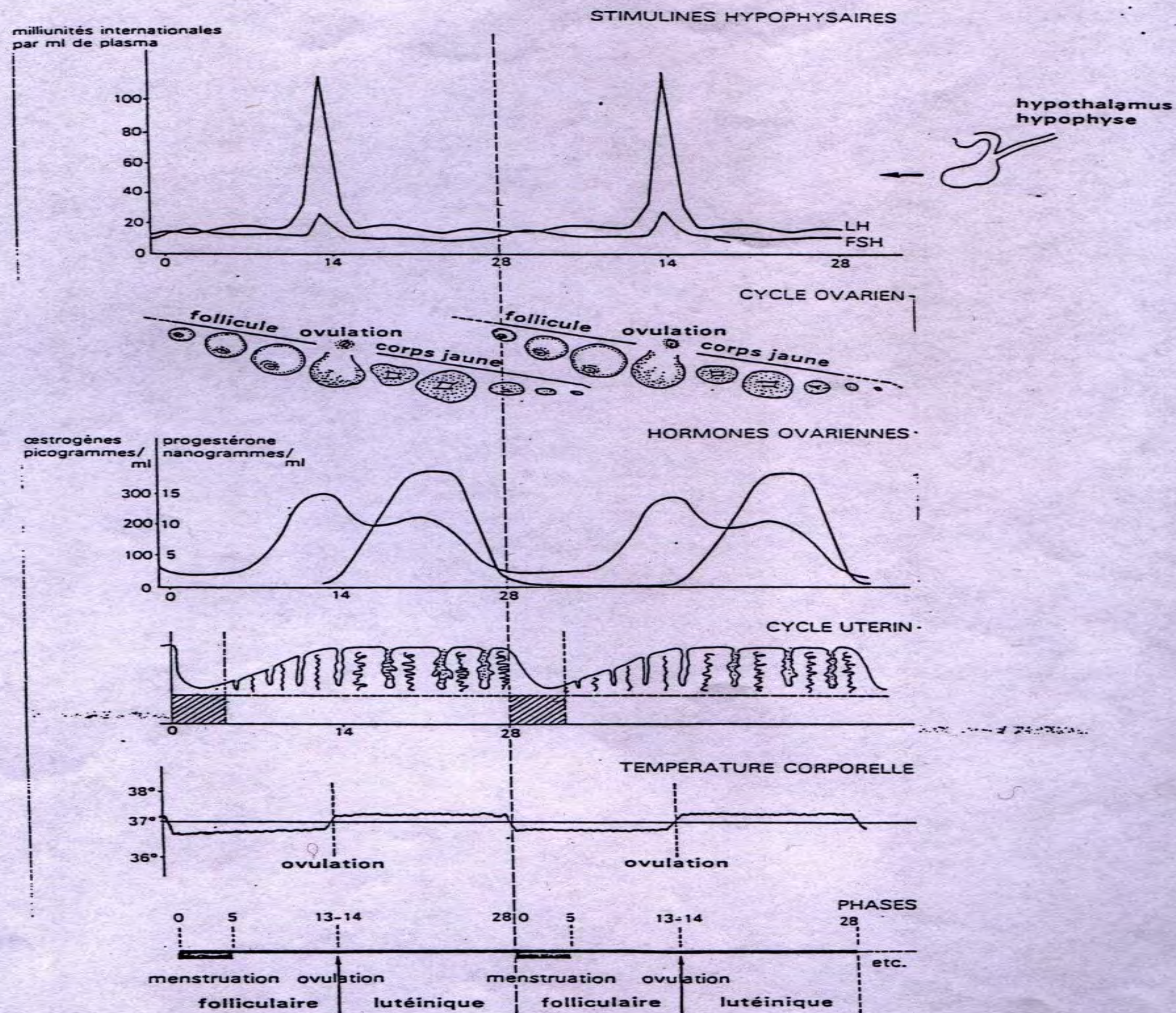


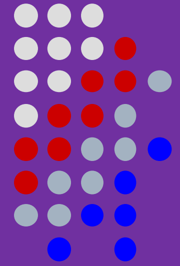
Puberté:

- Premier signe: développement mammaire **(10-11ans)**
- 1ere menstruation: 2 ans plus tard
- Pilosité pubienne et axillaire se complètent en 2 à 3ans

Cycle menstruel:

- Un cycle normal est de 28- 30j, se terminant par une menstruation (50 ml) de durée moyenne de 4-6j
- Menstruation: élimination de la muqueuse de l'endomètre s'accompagnant d'une hémorragie


STIMULINES HYPOPHYSAIRES
milliunités internationales par ml de plasma
100
80
60
40
20
0
0
14
28
14
28
LH
FSH
hypothalamus
hypophyse
CYCLE OVARIEN
follicule
ovulation
corps jaune
follicule
ovulation
corps jaune
HORMONES OVARIENNES
œstrogènes picogrammes/ml
progestérone nanogrammes/ml
300 15
200 10
100 5
0
0
14
28
CYCLE UTERIN
0
14
28
TEMPERATURE CORPORELLE
38°
37°
36°
ovulation
ovulation
PHASES
0
5
13-14
28
0
5
13-14
28
etc.
menstruation
ovulation
menstruation
ovulation
folliculaire
lutéinique
folliculaire
lutéinique



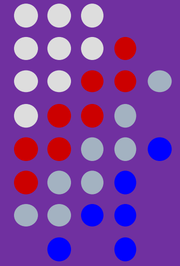
Le cycle menstruel comporte **4 phases:**

1- Pré ovulatoire: du 5 -14éme j , ou phase proliférative, elle est sous la dépendance des œstrogènes.

2- Ovulatoire: 14-16éme j, elle est favorisée par une décharge brutale de LH

3- Post ovulatoire: 17-28éme j, ou phase sécrétoire, elle est sous la dépendance des œstrogènes et progestérones

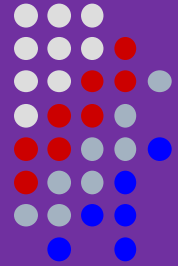
4-Menstruation: 1er - 5éme j



Courbe de température:

- L'élévation de la température(37,2°c) signale La phase ovulatoire

- **Hormones ovariennes**: sous la dépendance de stimulines Antéhypophysaire FSH, LH



Etude sémiologique

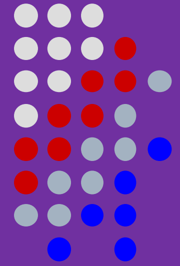
Repose sur l'interrogatoire et l'examen gynécologique

1- Interrogatoire:

Antécédents:

Physiologiques: la vie génitale dés les premières règles jusqu'a la ménopause:

- Ménarchie: date des premières règles (10-16ans)
- Cycle menstruel:
  - . Rythme(tous les 28-30j)
  - . La durée(3-6j)
  - . L'abondance(nombre de garniture/j)
  - . La date des dernières règles afin de dépister un début de grossesse

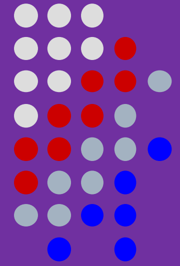


- Nombre de grossesses et d'accouchement
- Nombre d'enfants vivants et décédés
- Rechercher la notion d'avortement et d'accouchement prématuré
- Notion de contraception

- Ménopause:

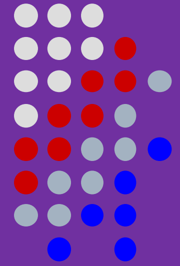
- Disparition définitive des règles en rapport avec l'arrét de la fonction cyclique des ovaires

- Age de survenue: 40-50 ans, d'où:
  - ménopause précoce
  - ménopause tardive



Pathologiques:

- Infection génitale haute ou basse
- Notion d’hystérectomie
- Chirurgie pour kyste de l’ovaire
- Notion de césarienne



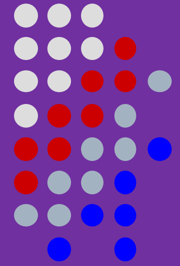
Signes fonctionnels

- Douleurs

- Pertes

- Hémorragie génitales

- Troubles de la menstruation



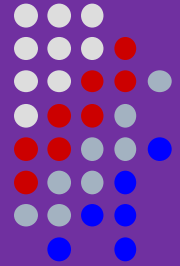
Douleurs

- Pelviennes siégeant au niveau de l'hypogastre et des fosses iliaques

- Association des douleurs lombaires +++

- **Dyspareunie:**

  Douleurs ressentie au niveau du vagin ou du petit bassin lors des rapports sexuels, elle peut être fonctionnelle ou révélant une affection chronique

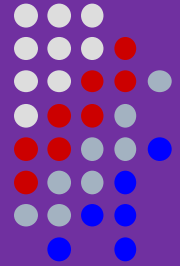


Pertes vaginales

Pertes blanches, fréquentes, mais peuvent prendre d'autres couleurs:

1- Blanchâtres caillebottées: abondantes, un prurit intense avec a l'examen une rougeur vulvaire et vaginale, elles sont en rapport avec une mycose, et se voient dans les états d'immunodépression (grossesse, diabète, anxiété)

2- Blanc jaunâtres: plus fluide, odorantes, s'accompagnant de prurit et de brulures vulvaires, elles sont dues au trichomonas vaginalis

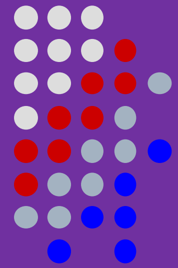


3- Franchement purulentes:

Jaunâtres ou verdâtres, pas de prurit, ni sensation de brulure, une infection est a évoquer au niveau du Col

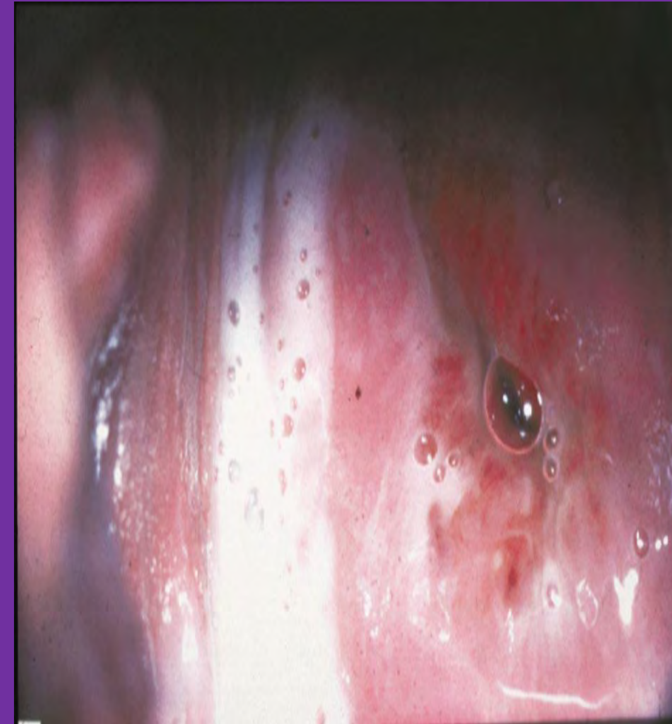
4- Transparente:

Visqueuse, filante et sans odeur, ce sont des secrétions génitales physiologiques qui surviennent 2-3j avant l'ovulation



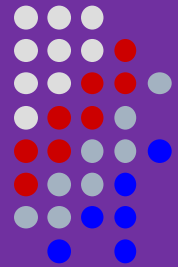


Infection génitale basse à Candida albicans



Vulvo-vaginite à Trichomonas vaginalis

Hémorragies génitales



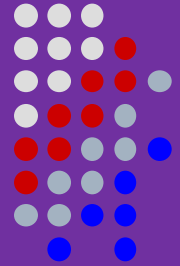
Deux types extériorisées et non extériorisées

- **Extériorisées:** pertes sanglantes de trois types selon leurs dates de survenue par rapport aux règles:

1-Ménorragie: règles trop abondantes ou trop prolongées, recherche systématique d'un fibrome utérin

2-Métrorragies: pertes sanglantes en dehors des règles, spontanées ou provoquées, d'aspect variable soit faites de sang rouge ou de caillots noirâtres, un cancer génital doit être recherché

3-Ménométrorragies: association des deux types précédents



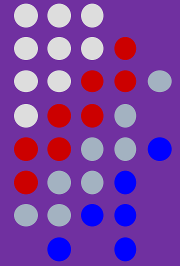
- Non extériorisée:

- Rupture de la grossesse extra utérine:

. Urgence chirurgicale

. Nidation de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine (au niveau des trompes)

. Responsable d'une déchirure de cette trompe, et ainsi d'un hémopéritoine avec tableau clinique d'hémorragie interne grave

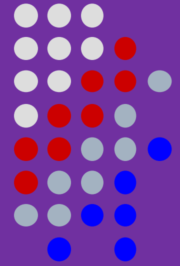


Interrogatoire:

- Retard des règles
- Petit saignement noirâtre ou sepia
- Douleurs pelviennes latérales

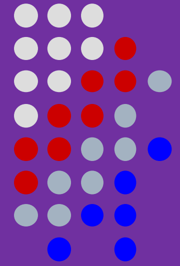
Examen clinique:

- Sensibilité hypogastrique
- Cri de douglas
- Signes de grossesse



- Les hémorragies de moyenne abondance, et les hémorragies minimes répétées seront responsables d'une anémie ferriprive au bout de quelques semaines

- Les hémorragies de grandes abondance s'accompagnent se manifestent par un tableau d'anémie aigue



Troubles de la menstruation

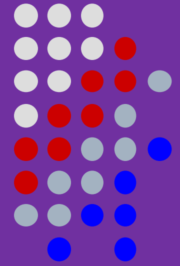
- Ménorragies

- Pollaki-menorrhée: règles trop rapprochées

- Spanio-ménorrhée: règles trop espacées

- Oligo-ménorrhée: règles trop courtes

- Oligospanio-ménorrhée: règles trop courtes et trop espacées



- Aménorrhée:

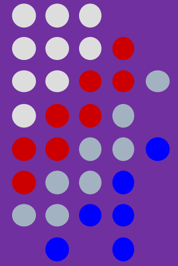
Disparition des règles durant la vie génitale active, elle peut être primaire ou secondaire:

. **Primaire**: absence de ménarrchie

. **Secondaire:** a une grossesse ou a des causes pathologiques (tuberculose, curetage , hystérectomie)

-Dysménorrhées:

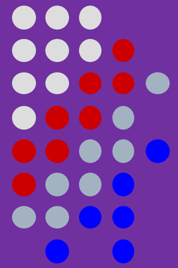
Douleurs accompagnant les règles mais peuvent les précéder de quelques jours



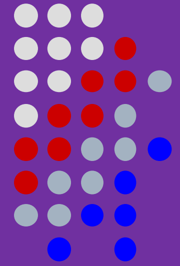
2- EXAMEN GYNECOLOGIQUE:

Plusieurs conditions doivent être réunies

- Chambre bien éclairée, bien chauffée, bien aérée
- Malade a vessie et rectum vidé
- Décubitus dorsal
- Les cuisses demi fléchis en abduction, jambes fléchis
- Table gynécologique
- Speculum
- Doigtier a deux doigts
- Lubrifiant







Conduite de l'examen

Inspection:

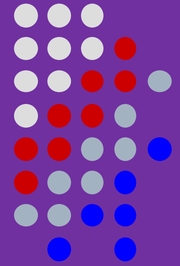
Appréciation des caractères sexuels secondaires:

. Seins

. Pilosité axillaire

. Pilosité pubienne : triangulaire

. Organes génitaux externes



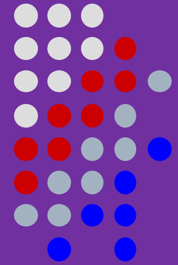
Examen de l'abdomen:

Palpation:

Recherche de zones sensibles et douloureuses au niveau des fosses iliaques ou de la région sus pubienne qui peut révéler l'existence d'une tumeur abdomino-pelvienne

Percussion:

Elle permet de différencier un volumineux kyste de l'ovaire a développement abdominal d'une ascite



Examen au speculum:

- Précède toujours le toucher vaginal
- Apprécie l'aspect du col de l'utérus:
  - . Situation central ou déviée latéralement
  - . Forme : *Conique chez la primipare
    *Cylindrique chez la multipare
    *Atrophique chez la ménopausée
  - . Orifice externe: *Lésion traumatique,
    *Erosion , tumeurs proliférantes
- Permet également d'effectuer des frottis vaginaux, et colposcopie, biopsie du Col



Condylomes acuminés (col et culs-de-sac vaginaux).



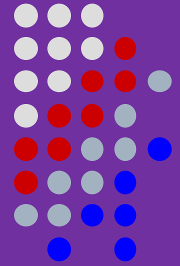
Aspect du col lors d'une infection à Trichomonas vaginalis







2 *A – Zone rouge ulcérée. B – Zone rouge de surface irrégulière. C – Zone rouge érrosive.*



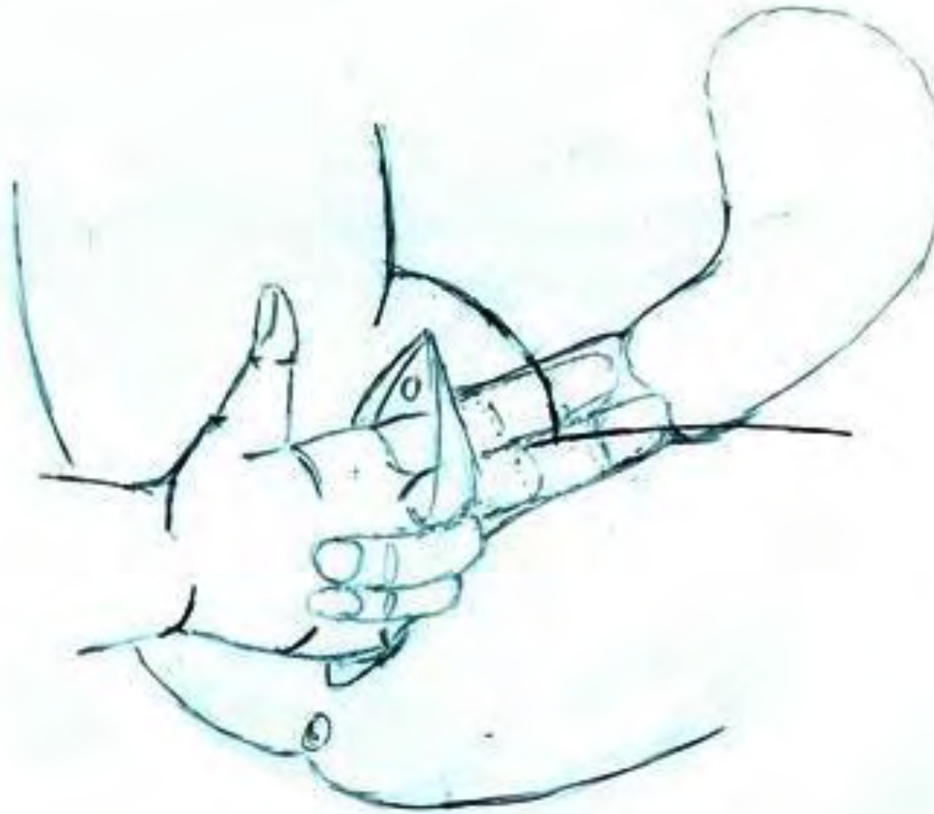
Toucher vaginal:

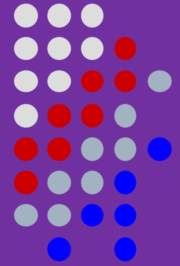
- Se fait avec le doigtier stérile a deux doigts (index+ majeur) en utilisant un lubrifiant appréciant ainsi:

  - Etat du Col

  - Situation et consistance: normalement souple , ferme et élastique, mou chez la femme enceinte

  - Etat des culs de sac vaginaux: souplesse et vacuité





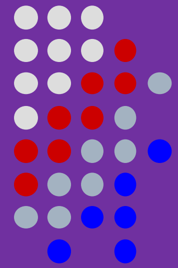
TV Combiné au palper abdominal:

- Apprécier l'utérus: . Siège
  . Volume
  . consistance et sensibilité
- Explorer les annexes

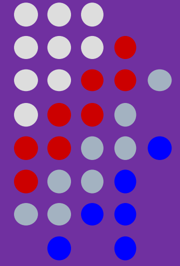
TV+TR:

- Appréciation de l'état de la cloison recto vaginale
- Apprécier l'aspect du doigtier: propre , sang ou leucorrhées

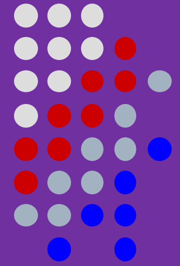
Explorations de l appareil génital féminin



- Courbe de température
- Bilan hormonal FSH LH OESTROGENE PROGESTERONE
- Prélèvements vaginaux
- Etude cytobactériologique des pertes
- frottis vaginal
- Curetage Biopsique de l endomètre
- Echographie pelvienne

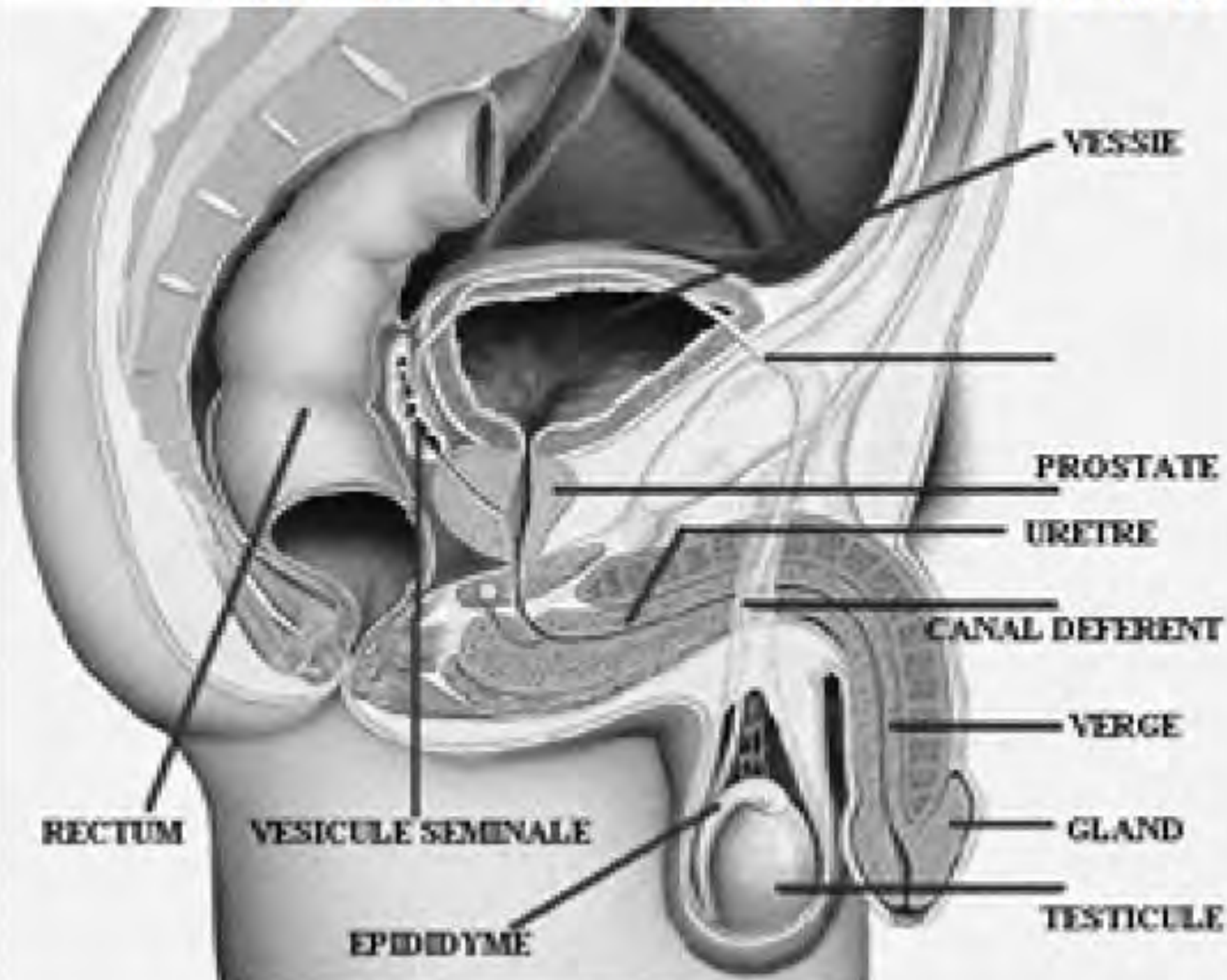


- Echographie endo vaginale
- Hystérosalpingographie
- IRM pelvienne

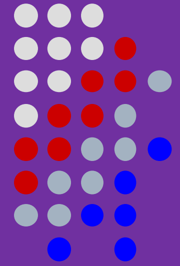


Sémiologie de l'appareil génital masculin

L'APPAREIL GENITAL MASCULIN



Rappel physiologique:



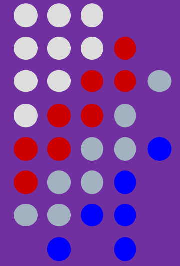
Puberté:

Premier signe vers l'age de 13ans:

. Développement de la verge, scrotum et de la pilosité pubienne

. Spermatogenèse : complète vers l'age de 16 à 17ans

. Pilosité des aisselles, la barbe , et du corps n'atteint leur développement final qu'a l'age de 18ans



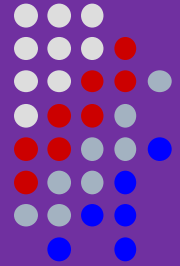
Etude sémiologique

Repose sur l'interrogatoire et essentiellement sur l'examen clinique

1- Interrogatoire:

- Age de la puberté
- Notion de dysurie
- Ecoulement urétéral
- Ulcération des organes génitaux externes
- Baisse du libido
- Notion de rapports sexuels non protégés

Examen clinique



Inspection:

pilosité pubienne, de forme losangique

Inspection associée a la palpation de la verge:

Recherche en premier l'existence d'une circoncision

Priapisme:

Erection irréductible, permanente et douloureuse en rapport avec une thrombose du corps caverneux

- Recherche d'un écoulement urétéral ou d'une inflammation du méat lorsque il est visible

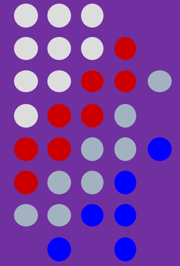


2 Écoulement urétral purulent chez un patient ayant une urétrite à « Neisseria gonorrhoeae » (collection du Pr Selim Aractingi, hôpital Tenon).

- Recherche des lésions tumorales des ulcérations douloureuses ou non (chancre syphilitique)



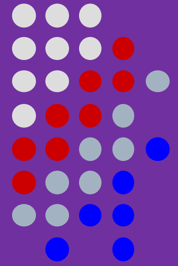
Tumeur infiltrante du gland, ulcérovégétante



En cas de non circoncision on doit rétracter le prépuce pour explorer le méat:

Phimosis: le prépuce ne peut être rétracter derrière le gland

Paraphimosis: le prépuce est déjà rétracté et resserré de sorte qu'on ne peut le ramener sur le gland



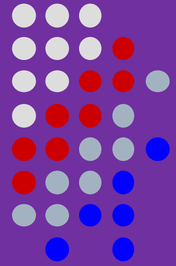
Inspection associée a la palpation du scrotum:

- On palpe sous la peau scrotale la vaginale: séreuse qui enveloppe les testicules que l'on peut pincer

- Deux testicules: sensibles a la pression

- Epididyme couché sur le bord postéro-supérieur du testicule

- Segment inferieur du canal diferent fesant suite à la queue de l'epididyme qui donne une sensation particulière de corde fouet



Ectopie testiculaire:

Migration du testicule uni ou bilatérale, absence d'un ou des deux testicules dans les bourses:

. Ectopie inguinale

. Ectopie iliaque

. Ectopie lombaire

Il ne peut être abaissé a la main a sa place normale

Hydrocèle:

épanchement séreux de la vaginale

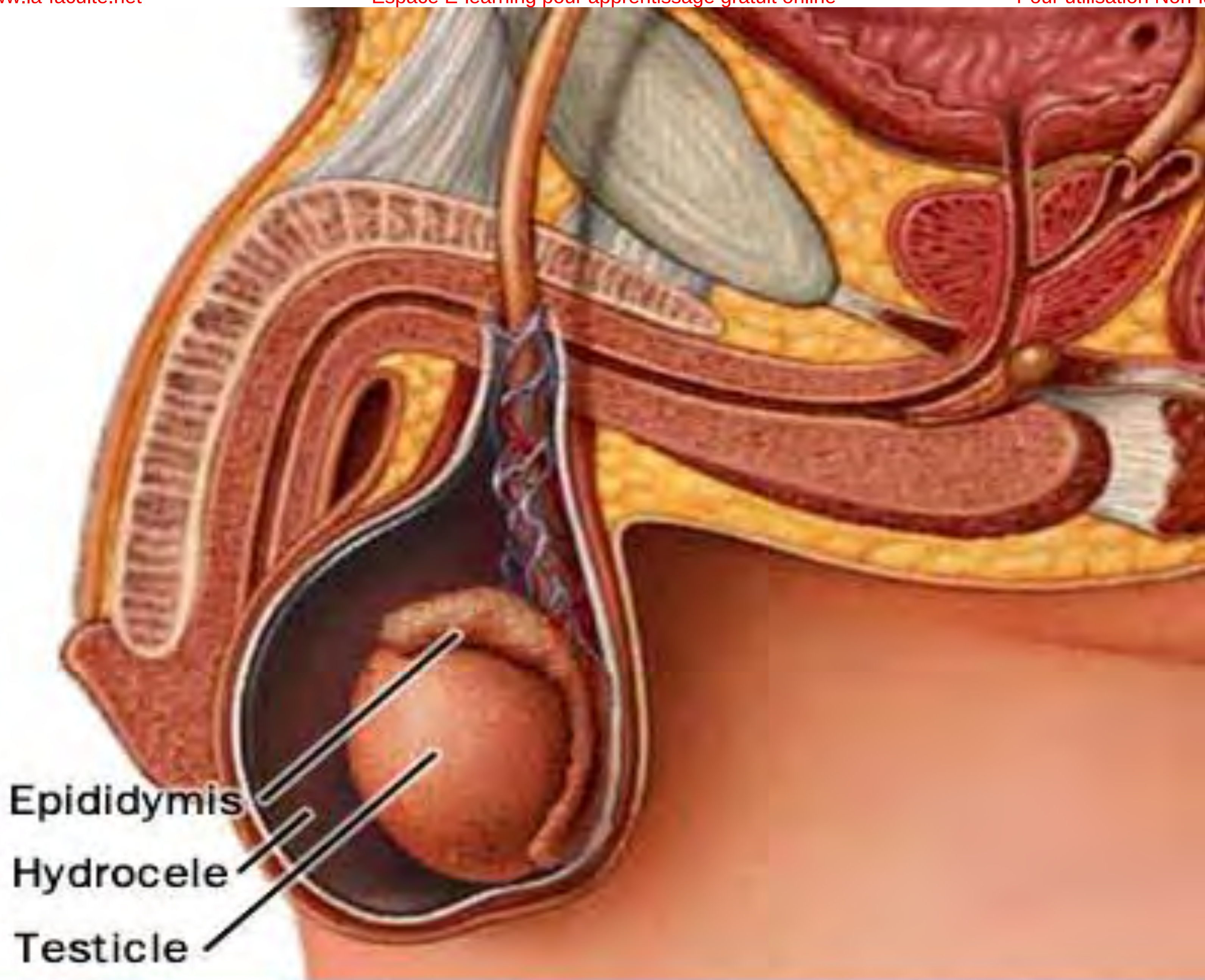
tuméfaction rénitente non réductible ,

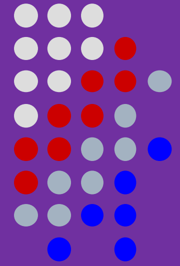
non impulsive a la toux permettant

de la différencier d'une hernie inguinale



Hydrocèle chez l'enfant


Epididymis
Hydrocele
Testicle
© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

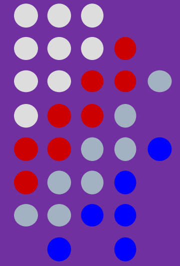


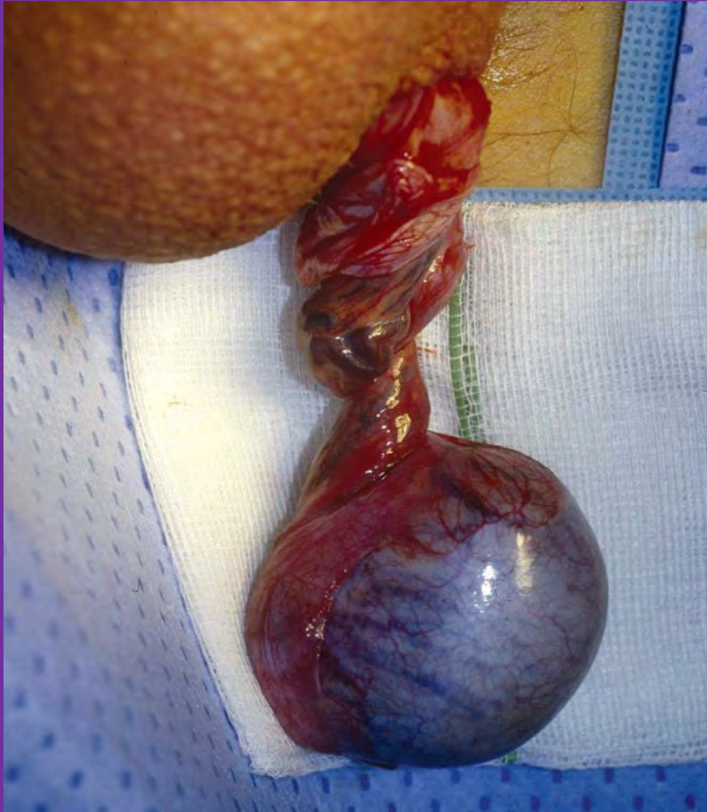
Gros testicule:

Tuméfaction intra scrotale avec un epididyme normal, chez un sujet jeune: **Cancer de testicule**

Orchi-epididymite aigue:

Tuméfaction du scrotum: rouge , œdémateux, chaud et douloureux, l'epididyme est épaissie et sensible, s'accompagnant souvent de fièvre et d'infection urinaire





Aspect peropératoire d'une torsion testiculaire intravaginale

4. Varicocèle

Il s'agit d'une dilatation anormale du plexus veineux pampiniforme (fig. 10). Cette dilatation peut être primitive, idiopathique, et est alors 9 fois sur 10 à gauche. En effet, à droite la veine spermatique se jette directement dans la veine cave inférieure, alors qu'à gauche elle se jette dans la veine rénale, de plus petit calibre.

Beaucoup plus rarement, elle peut être secondaire (à une compression rétropéritonéale par exemple).

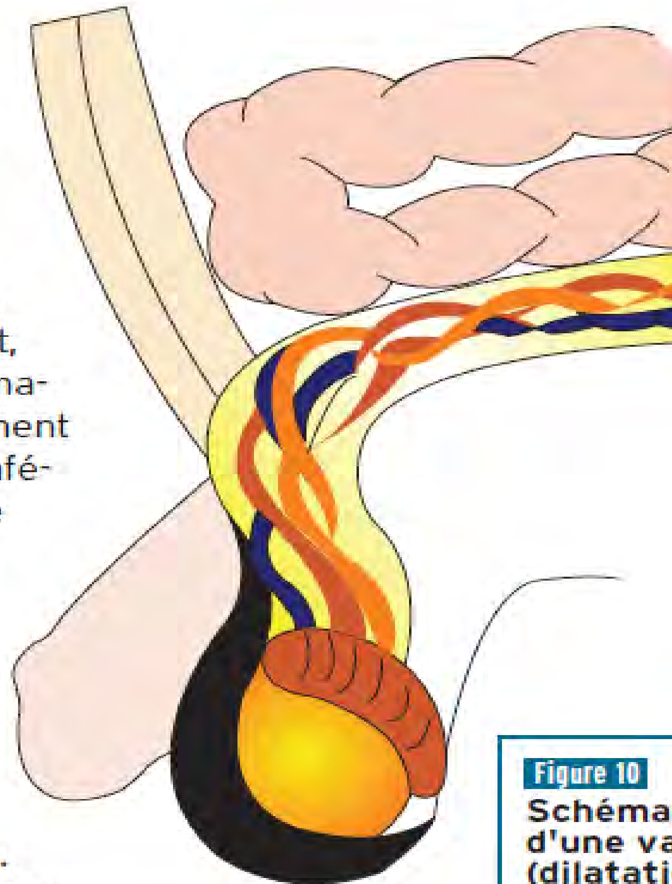
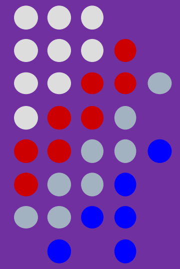


Figure 10
Schéma d'une varicocèle (dilatation du plexus veineux pampiniforme).

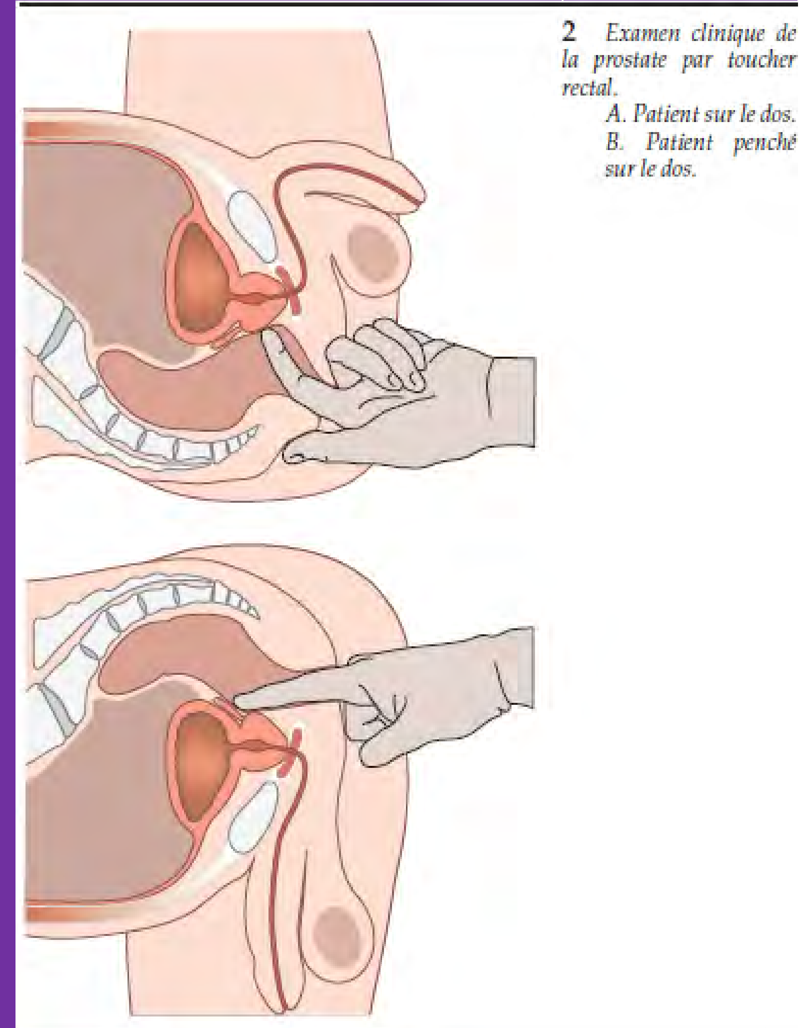
En dehors de la gêne esthétique ou fonctionnelle, la varicocèle est une anomalie bénigne. Cependant, il semble exister une association épidémiologique entre varicocèle et hypofertilité. Bien que cette association soit sujette à caution, la constatation d'une hypofertilité chez un homme ayant une varicocèle bilatérale fera proposer un traitement de ces dernières. En revanche, il n'est pas nécessaire ni utile de proposer ce traitement « en prévention » chez un patient n'ayant pas de problème de fertilité ou de désir de paternité.



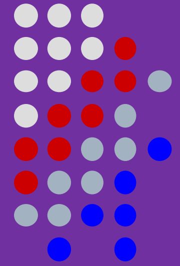
Examen de la prostate:

Toucher rectal:

Se fait soit en position genu- pectoral ou en décubitus dorsal, il permet la palpation de la prostate qui se situe contre la face antérieure du rectum



2 Examen clinique de la prostate par toucher rectal.
A. Patient sur le dos.
B. Patient penché sur le dos.

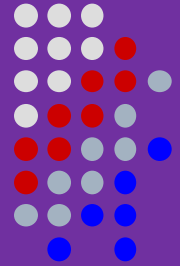


Etat normal:

- Glande de petite taille, symétrique, mobile, élastique, sous forme de carte a jouer ou en châtaigne, avec un sillon médian vertical

Etat pathologique:

- Toute protrusion indique une hypertrophie:
  - . **Adénome**
  - . **Cancer**

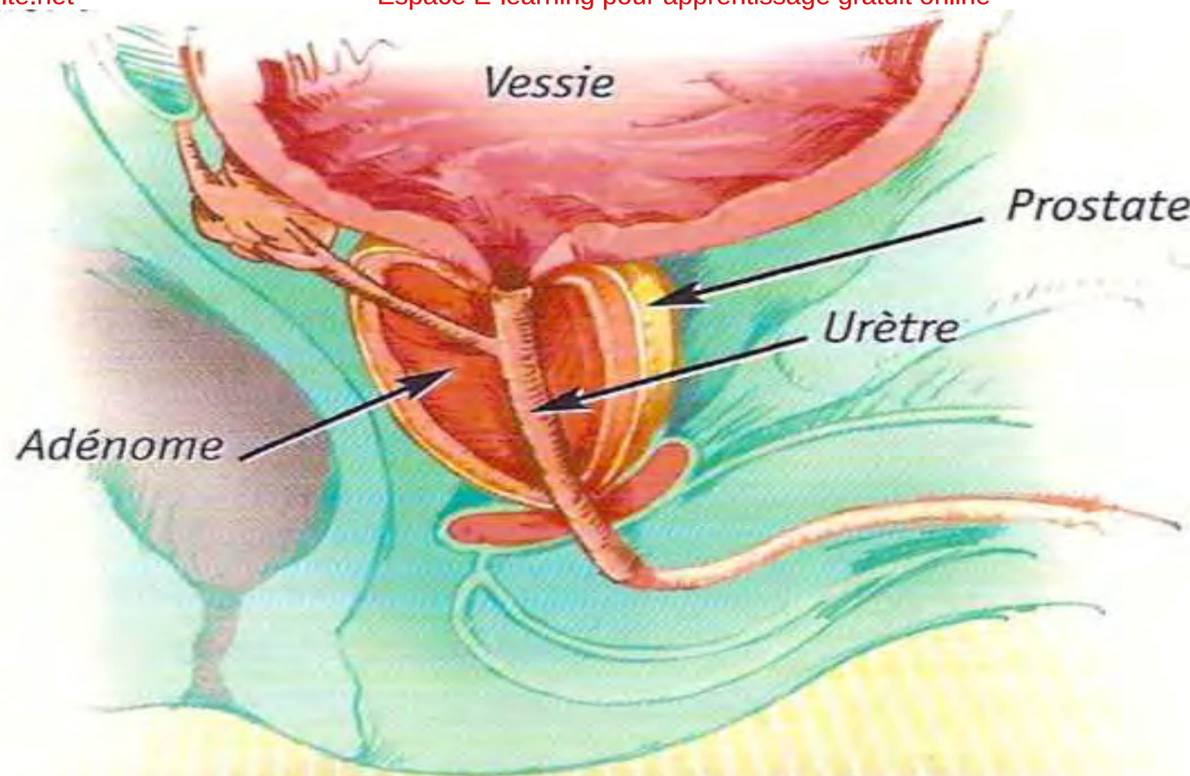


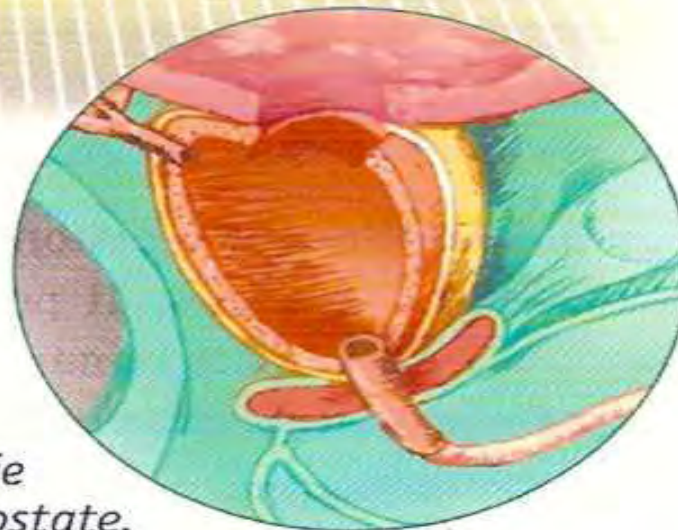
Adénome de la prostate:

- Pollakiurie
- Rétention d'urine aigue ou chronique

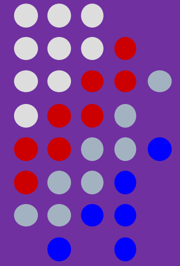
TR:

- Glande augmentée de taille, homogène, bombonte, arrondie en balle de tennis, ferme et élastique avec disparition du sillon médian





Objectif :
enlever l'adénome en respectant la partie périphérique de la prostate.



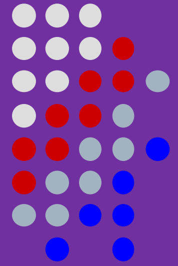
Cancer de la prostate:

- Pollakiurie
- Dysurie
- Hématurie

TR:

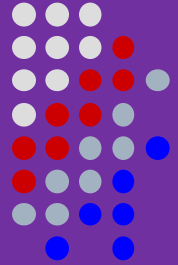
- Un ou plusieurs nodules d'une dureté pierreuse
- Soit une prostate hypertrophiée avec un sillon médian conservé mais uniformément indurée de consistance pierreuse

LES EXPLORATIONS DE L APPAREIL GENITAL MALE



- SPERMOGRAMME ETUDIE LE NOMBRE LA MOBILITE ET LA MORPHOLOGIE DES SPERMATOZOIDES
- RESULTATS AZOOSPERMIE
- OLIGOSPERMIE
- ASTHENOSPERMIE
- TERATOSPERMIE

- ETUDE CYTOBACTERIOLOGIQUE DU SPERME
- BIOPSIE TESTICULAIRE
- TAUX DE PSA prostate soluble antigène
- ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE



- TAUX DE PSA prostate spécifique antigène
- Normalement 4 a10 ng /ml
- BIOPSIE DE LA PROSTATE
- ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE
-